

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 77

Travail de la Clinique Gynécologique

(Professeur M. LAPEYRE)

Contribution à l'Etude de la Tuberculose du Corps Utérin

THÈSE

*présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier.*

le 6 JUILLET 1942,

par

JEAN LOMBARD

né à CARMAUX (Tarn), le 21 Novembre 1911,

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. LAPEYRE, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		TURCHINI, Professeur,		
		MOURGUEMOLINES, Agrégé,		
		CADERAS DE KERLEAU, Agrégé.		

Imprimerie du Sud
J. RODRIGUEZ. Béziers
1942

Travail de la Clinique Gynécologique
(Professeur M. LAPEYRE)

Contribution à l'Etude de la Tuberculose du Corps Utérin

THÈSE

*présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier.*

le 6 JUILLET 1942,

par

JEAN LOMBARD

né à CARMAUX (*Tarn*), le 21 Novembre 1911,

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs } MM. LAPEYRE, Professeur, Président.
de la Thèse } TURCHINI, Professeur,
MOURGU-MOLINES, Agrégé,
CADERAS DE KERLEAU, Agrégé.

} Assesseurs.

Imprimerie du Sud
J. RODRIGUEZ. Béziers
1942

Personnel de la Faculté

Chaires :

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÉS
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	RIMBAUD
	GIRAUD, <i>doyen</i>
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>asses.</i>
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	
Clinique de dermato-syphiligraphie	BOUDET
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MARGAROT
Clinique des maladies des voies urinaires	ETIENNE
Clinique gynécologique	JEANBRAU
Clinique ophtalmologique	LAPEYRE
Clinique oto-rhino-lar. et chir. maxille faciale	DÉJEAN
	TERRACOL

Charges de Cours :

Anatomie	LAUX
Histologie	GRANEL
Radiologie	LAMARQUE
Propédeutique chirurgicale	AIMES

Professeurs Honoraires

MM, TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'Enseignements complémentaires

Chimie	MONNIER, <i>agr.</i>	Clinique de la tu-	
Microbiologie	CARRÈRE, <i>agr.</i>	berculose	VIDAL, <i>profes.</i>
Histoire naturelle médicale	HARANT, <i>agr.</i>	Pathologie chi-	MOURGUE-MO-
Pharmacologie	HARANT, <i>agr.</i>	rurgicale	LINES, <i>agrégé.</i>
Pathologie médica-		Pathologie chi-	
le	BOUCOMONT, <i>ag.</i>	rurgicale	TRUC, <i>agrégé.</i>
Pathologie médica-		Chirurgie expé-	
le	BERT, <i>agr.</i>	rimentale	GUIBAL, <i>agrégé.</i>
Propédeutique		Médecine opéra-	
médicale	P. RIMBAUD, <i>ag.</i>	toire	ROUX, <i>agrégé.</i>
Clinique des mala-		Accouchements	CADERAS DE
dies contagieuses	JANBON, <i>profes.</i>	Stomatologie	KERLEAU, <i>agr.</i>
			N...

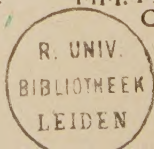
Agrégés en exercice

Médecine, MM. P. RIMBAUD	Histoire nat. méd.	
— BOUCOMONT	et parasitologie	
— BERT	Chirurgie	HARANT
— LAFON, <i>char. d'agr.</i>		MOURGUE-MOLINES
Chimie MONNIER		GUIBAL
Bactériologie CARRÈRE		ROUX
Urologie TRUC	Accouchements	CADERAS DE KERLEAU

Examineurs de la Thèse

MM. LAPEYRE, *Prof, Président*
TURCHINI, *Professeur*

MM. MOURGUE-MOLINES, *agrégé*
CADERAS DE KERLEAU, *agrégé*



Contribution
à l'Etude de la Tuberculose
du Corps Utérin

A la mémoire de ma Mère.

A mon Père.

A ma Femme.

A mes Beaux-Parents.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A toute ma Famille.

A mes Amis.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur LAPEYRE.

A mon Jury de Thèse

M. le Professeur TURCHINI,

M. le Professeur agrégé MOURGUE-MOLINES,

M. le Professeur agrégé CADÉRAS de KERLEAU.

A mes Maîtres

de la Faculté de Médecine.

Avant-Propos

Parvenu au terme de ma scolarité, il me reste à accomplir un agréable devoir, celui de remercier tous mes Maîtres de cette Faculté, de l'enseignement qu'ils m'ont donné avec tant d'autorité et de bienveillance, au cours de mes études médicales.

Ma gratitude va tout d'abord à mon Maître, Monsieur le Professeur LAPEYRE qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse dont il m'a inspiré le sujet. Je suis fier d'avoir été son élève et je lui présente ce modeste travail en faible témoignage de ma respectueuse déférence et de ma sincère gratitude.

Qu'il me soit permis ensuite de citer Monsieur le Professeur TURCHINI et de le remercier de sa grande bonté à mon égard. Je n'oublierai jamais l'excellent accueil que j'ai toujours trouvé auprès de lui, particulièrement lors de mon passage dans son laboratoire. Je conserverai un excellent souvenir de son enseignement scientifique, large et raisonné, des conseils bienveillants et affectueux qu'il n'a cessé de me prodiguer.

Je remercie de tout cœur Monsieur le Professeur agrégé

MOURGUE-MOLINES d'avoir bien voulu accepter de faire partie de mon jury de thèse et le prie de croire à mon souvenir reconnaissant.

Mes remerciements vont ensuite à Monsieur le Professeur agrégé CADÉRAS de KERLEAU dont l'accueillante bonté, la grande courtoisie et les brillantes leçons cliniques imprègnent le souvenir que je garde de mon stage à la Maternité.

Enfin je dois une grande reconnaissance à tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail, particulièrement: Monsieur le Docteur GUIBERT, chef du laboratoire d'Anatomie Pathologique qui m'a apporté une aide si précieuse dans l'élaboration des pages concernant l'étude des lésions anatomo-pathologiques et Monsieur le Docteur ESTOR, chef de clinique dans le service du Professeur LAPEYRE, qui a bien voulu me guider au cours de ce travail.

Introduction

La tuberculose de l'appareil génital de la femme est une affection assez fréquente et variée dans ses manifestations cliniques. Mais, si les observations publiées à ce jour sont nombreuses en ce qui concerne les formes utéro-annexielles, il existe peu de formes localisées électivement au corps utérin, soit que les lésions aient débuté sur celui-ci, soit qu'elles se soient manifestées au maximum à ce niveau.

L'observation qui sert de point de départ à ce travail montrera combien il est difficile d'établir un diagnostic précoce de cette tuberculose utérine et combien celui-ci reste le plus souvent une découverte de l'intervention.

La tuberculose du corps de l'utérus, plus fréquente que celle du col, est rarement isolée ; le plus souvent elle est secondaire à une atteinte des annexes et du péritoine pelvien ; mais elle peut être la localisation primitive et servir de point de départ comme il semble que ce soit le cas dans l'observation suivante que le *Professeur* LAPEYRE nous a autorisé à reproduire.

Historique

Il semble que la tuberculose génitale de la femme soit signalée depuis peu dans la pathologie gynécologique. En effet, elle commence à faire l'objet de publications vers le milieu du siècle dernier seulement. Les premiers travaux parus sont ceux de Louis en 1825, Raynaud en 1831, Kwitch en 1847 et Aran en 1858. En 1865, Brouardel écrit : "En général, c'est à l'autopsie qu'on reconnaît la tuberculose génitale de la femme ; rien, dans les symptômes, n'avait fixé l'attention du côté de l'appareil sexuel". La tuberculose utérine n'est pas encore à ce moment une entité clinique.

Les premières études plus complètes sur ce sujet ont vu le jour au début du XX^{me} siècle avec les travaux de J. L. Faure (1902), Pollosson et ses élèves (1905), Patel (1912). Il faut signaler aussi les importants rapports du Congrès de Rome (1902 et 1912) et les thèses de Mademoiselle Gorowitz (1900), Olivier (1912).

Après la guerre de 1914-18, l'importance de la tuberculose utérine devient de plus en plus évidente avec les travaux du Professeur C. Daniel de Bucarest, du Professeur

Jeanneney, de Brown, de Villard (1927), de Douay (1930). Daniel écrivait en 1932 : "Grâce aux progrès de la chirurgie abdominale gynécologique, qui permet de mieux explorer la cavité pelvienne et grâce à l'examen anatomo-clinique des pièces extirpées, la tuberculose génitale est aujourd'hui mieux reconnue, elle peut être mieux étudiée, et elle devient une affection essentiellement chirurgicale, curable par le traitement opératoire comme les autres tuberculoses locales".

Depuis le VIII^{me} Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française en octobre 1933, la tuberculose de l'utérus a enfin pris, dans la pathologie gynécologique, la place qui lui convient, grâce aux rapports de Brocq, Moulonguet, R. L. Rochat, Gibert.

Plus près de nous enfin, nous signalerons les travaux de notre Maître, le Professeur Lapeyre et du Docteur Guibert (1936), de Courriades et Jaulain (1935) et les thèses de Le Roy (1934), Roquefeuil (1936).

Les publications sur ce sujet ont été peu nombreuses ces dernières années, aussi il nous a semblé bon de réaliser une synthèse de tout ce qui a paru jusqu'ici sur cette importante question.

Observation

(due à l'obligeance de M. le Professeur LAPEYRE)

Madame M. R., 35 ans, entre dans le service du Professeur LAPEYRE aux cliniques St.-Eloi, le 28 septembre 1941, pour douleurs abdominales et tumeur utérine. Elle a présenté des douleurs abdomino-lombaires et des métrorragies il y a trois ans. En Août 1941, la recrudescence des symptômes faisant penser à une crise annexielle, la malade reçoit trois injections de propidon.

Les *antécédents* ne présentent rien de particulier : réglée à 13 ans, tous les 28 jours ; les règles durent 7 à 8 jours, sont abondantes et parfois douloureuses. Pas de fausses couches, pas de grossesses.

Examen

Le 28 septembre on note :

A l'*inspection* : abdomen pigmenté, respirant bien.

A la *palpation* : abdomen souple mais sensible au niveau des zones annexielles, surtout à gauche. On sent dans la profondeur une résistance qui s'élève à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne ; la palpation de cette région est légèrement douloureuse.

Au *toucher vaginal*: col petit, fermé, de consistance élastique, regardant en bas. Utérus augmenté de volume. Cul de sac de Douglas peu profond mais indolore. À droite, il est difficile de faire la part de ce qui revient aux annexes ou à l'utérus ; le cul de sac est indolore. À gauche, le cul de sac comblé, douloureux, est le siège d'une masse que l'on délimite mal et que l'on évalue à la grosseur d'une pomme par le toucher combiné.

Au *spéculum* : on note quelques pertes blanches. Vagin étroit, col petit, à orifice punctiforme. On ne perçoit pas de nodule au toucher. Il est impossible d'introduire l'hystéromètre.

Examens de laboratoire Sang : urée : 0,38 par litre

B. W. : négatif

On note une légère anémie : 3.560.000 globules rouges par mm³ de sang.

Urines : R.A.S.

La malade est d'abord traitée médicalement : vaccins I.O.D., glace sur le ventre, injections vaginales. Plusieurs examens successifs montrent la persistance des lésions. On décide d'intervenir chirurgicalement devant l'échec de ce traitement prolongé.

Intervention

Le 21 Novembre: Rachi-anesthésie: 14 centigr., laparotomie sous-ombilicale médiane. À l'ouverture du péritoine, on constate des adhérences épiploïques tant avec la paroi qu'avec le cul de sac vésico-utérin, la partie supérieure de l'utérus et les annexes. Le clivage de ces adhérences se réalise sans trop de difficultés ; il faut ensuite dégager les annexes du fond du Douglas. On ramène alors, de la partie la plus déclive de la

cavité abdominale, une formation appendue à un appendice épiploïque de l'S iliaque, de consistance pateuse, de forme arrondie et du volume d'une cerise. Cette petite tumeur est enlevée après ligature de son pédicule ; elle sera examinée histologiquement. Les annexes sont ensuite décollées des parois latérales de l'excavation. Au cours de ces manœuvres, on voit s'écouler un liquide de couleur chocolat, parcouru de stries jaunâtres, dû à l'évacuation d'une collection de la trompe gauche qui présente une petite déchirure.

On poursuit alors le dégagement de la face antérieure de l'utérus sur laquelle le péritoine est venu adhérer. Quand la libération de l'utérus est entièrement terminée, on procède à une *hystérectomie subtotale*. Mais l'infiltration inflammatoire, dont la base des ligaments larges est le siège limite l'ascension utérine et par suite, rend l'intervention difficile. On termine par une péritonisation satisfaisante. Drainage du Douglas par un gros drain et fermeture de la paroi en trois plans.

SUITES OPERATOIRES. — Le 23 Novembre, on retire environ 10ccs de liquide sanglant et on diminue la longueur du drain.

Le 25, on remplace le drain initial par un drain de calibre inférieur après avoir aspiré un peu de liquide séro-sanglant.

Le 28, on supprime le drainage.

Les suites opératoires sont excellentes et le 22 Décembre, la malade est autorisée à sortir du service avec un très bon état général et local.

Etude de la pièce opératoire

A) EXAMEN MACROSCOPIQUE.

On constate la présence de lésions d'annexite bilatérales prédominant à gauche. Les deux trompes sont dilatées en salpinx par une collection hémato-purulente. Quant aux ovaires, ils sont du volume d'une grosse prune et occupés par un énorme kyste à contenu citrin. Le fond utérin dépasse de plusieurs centimètres le point d'attache des trompes.

A l'ouverture de l'utérus, on note la présence d'un petit nodule fibreux du volume d'une cerise sur le bord gauche de la face antérieure. A partir du milieu de la cavité utérine, la paroi s'épaissit considérablement jusqu'à atteindre 4 centimètres au niveau du fond et l'on voit dans l'épaisseur de cette paroi une multitude d'abcès miliaires contenus dans de petites alvéoles séparées les unes des autres par un réseau de fibres musculaires œdématisées (voir fig. 1). La muqueuse de la cavité utérine est d'apparence saine. Il s'agit donc d'abcès miliaires du myomètre. Un prélèvement est fait dans la face de section en vue de l'analyse du pus qui est concrété et un fragment de l'utérus est envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique.

L'examen du pus traduit la présence de bacilles de Koch.

L'examen de la petite tumeur épiploïque enlevée à l'intervention montre que l'on se trouve en présence d'un ganglion caséifié en voie de calcification.

B) EXAMEN MICROSCOPIQUE.

L'examen histologique a porté d'une part sur de larges fragments utérins intéressant l'endomètre et le myomètre et d'autre part sur les annexes.

1. — CORPS UTERIN - a) *Au niveau de l'endomètre*, assez bien conservé par place, l'attention est retenue par la présence de nodules lympho-histiocytaires : les uns siègent dans le tissu cytogène du chorion, les autres au contact même soit de l'épithélium de revêtement superficiel de la muqueuse utérine, soit de l'épithélium glandulaire (voir fig. 2). Ces nodules constituent des follicules tuberculeux à divers stades évolutifs : les uns réalisent la structure du follicule de Köster typique avec cellule géante, d'autres sont agiganto-cellulaires, d'autres enfin présentent des signes de caséification au début.

b) *Au niveau du myomètre*, on a affaire à un véritable infarcissement des faisceaux musculaires par des follicules tuberculeux (voir fig. 3). Il convient de noter qu'ici ce sont les foyers de caséification qui dominent : ils constituent parfois de larges étendues de caséum séparées seulement les unes des autres par une infiltration plus ou moins dense de lymphocytes (voir fig. 4). En ces points, les faisceaux musculaires lisses font complètement défaut.

En ce qui concerne la répartition des lésions tuberculeuses dans le myomètre, on peut dire qu'elles l'occupent sur toute son épaisseur depuis l'endomètre jusqu'à la séreuse avec, semble-t-il, maximum des signes de caséification dans la portion médiane du myomètre.

D'ailleurs ce ne sont là que des constatations d'importance secondaire : il est indiscutable que depuis l'endomètre jusqu'à la séreuse, les follicules tuberculeux abondent, c'est là le fait histologique essentiel.

Nous devons encore mentionner qu'en aucun foyer tuberculeux folliculaire ou caséux, nous n'avons réussi à découvrir sur coupes colorées par la méthode de Ziehl des bacilles de Koch.

II. — ANNEXES - Des deux côtés, on a affaire à des lésions de salpingo-ovarite tuberculeuse. Toutefois, si à gauche, les lésions tuberculeuses sont, histologiquement évidentes : présence de follicules tuberculeux au niveau des régions de l'ampoule et du pavillon de la trompe, à droite, on ne constate que des infiltrats lymphocytaires sans follicule de Kôster.

En résumé, on se trouve en présence d'un processus de tuberculose utéro-annexielle. Pour le corps utérin, toutes les couches de la paroi sont lésées avec maximum de lésions au niveau du myomètre ; pour les annexes, c'est à gauche que le processus tuberculeux est, histologiquement, le plus marqué.

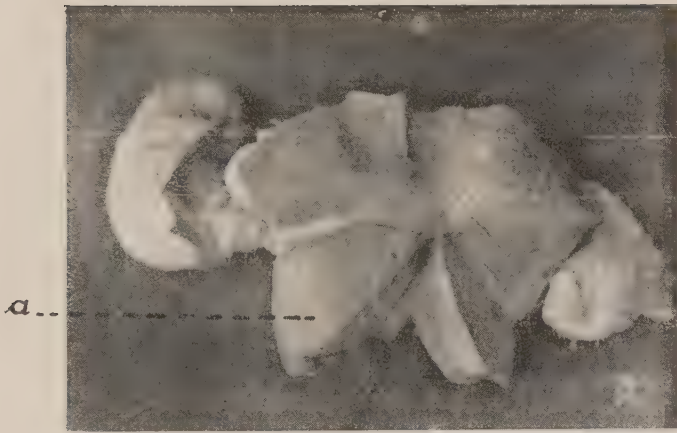


FIG. 1.

L'utérus a été sectionné en croix. La tranche de section du quartier *a*, montre bien les nombreux foyers de caséification du myomètre. De part et d'autre de l'utérus : lésions de salpingo-ovarite.



FIG. 2.

Au niveau de l'endomètre : follicules tuberculeux au contact même de l'épithélium glandulaire en *a* et *b*, et au sein du tissu cytogène périglandulaire en *c*.

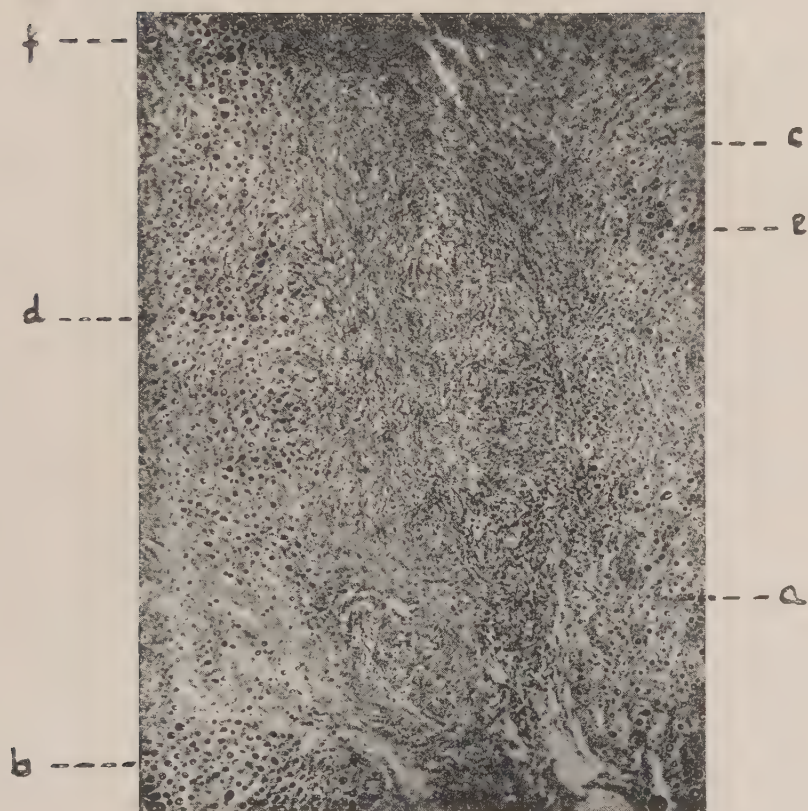


FIG. 3.

Lésions folliculo-caséuses du myomètre. En *a* et *b*, faisceaux de fibres musculaires lisses ; *c* et *d*, follicules tuberculeux avec cellule géante en *e* ; en *f*, foyer de caséification.

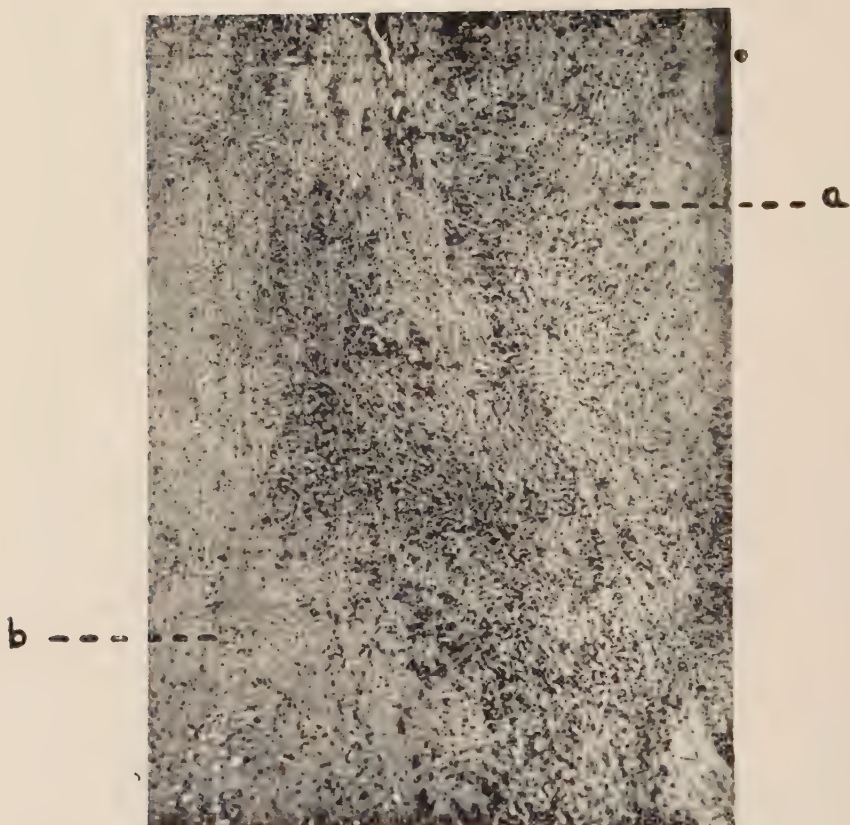


FIG. 4.

Lésions caséuses du myomètre. En *a* et *b*, deux territoires caséifiés séparés par un liseré lymphocytaire ; on ne trouve plus trace de faisceaux musculaires. (1)

(1) - Microphotographies de A HERBAUT, préparateur technique au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine (Professeur BAUMEL, Chef de Service).

Anatomie pathologique

Il existe plusieurs formes anatomo-pathologiques de la tuberculose utérine suivant le siège des lésions. La majorité des auteurs s'accorde à reconnaître les formes suivantes :

- 1) l'endométrite tuberculeuse,
- 2) la tuberculose du myomètre,
- 3) la tuberculose interstitielle.

A. - Etude macroscopique

I. — ENDOMETRITE TUBERCULEUSE. - C'est la forme la plus courante. Elle se subdivise à son tour en :

a) *forme miliaire* : elle est surtout secondaire à la tuberculose tubaire et se caractérise par des granulations jaunâtres, disséminées sur la muqueuse utérine. Elle peut s'infiltrer dans le myomètre et déterminer une dégénérescence caséuse de celui-ci.

b) *forme ulcéro-caséuse* : elle est caractérisée par des ulcérations superficielles et généralement limitées à la muqueuse utérine. Ce sont des ulcérations arrondies ou ova-

lares à fond irrégulier recouvert d'un enduit caséeux ; les bords sont déchiquetés, indurés et entourés de granulations jaunâtres. Ces lésions peuvent envahir la couche musculaire par un processus de lymphangite tuberculeuse.

c) *forme hypertrophique* : elle présente des tuméfactions qui envahissent la lumière utérine et peuvent déterminer une pyométrite tuberculeuse par dégénérescence caséuse des tissus.

II. — TUBERCULOSE DU MYOMETRE. C'est une forme rare. Elle a été particulièrement étudiée par Walkins, Alessandri, Jeanneney et Bégouin.

La muqueuse est intacte, ce qui traduit bien la voie hématogène de l'infection. On peut trouver, soit de la tuberculose diffuse du muscle utérin (Jeanneney), soit un noyau tuberculeux souvent caséifié plus ou moins gros (Volume d'une orange, Bégouin), soit un véritable abcès froid du muscle utérin (Alessandri).

III. — TUBERCULOSE INTERSTITIELLE. Nous trouvons ici, une infiltration diffuse du parenchyme utérin par des cellules rondes avec quelques cellules géantes. Ceci détermine l'apparence d'une sclérose hypertrophique. On n'y trouve jamais de nodules tuberculeux, parfois seulement des follicules disséminés.

IV. — Nous citerons, pour mémoire, une forme anatomique spéciale: "l'infantilisme utérin", qui serait dûe, d'après Moulonguet, à des troubles hormonaux de l'ovaire, de l'hypophyse ou d'autres glandes.

B. - Etude microscopique

I. — ENDOMETRIE TUBERCULEUSE. - On constate des lésions d'abord localisées à la couche vasculaire et aux espaces interglandulaires ; ces lésions consistent en une hypertrophie glandulaire avec prolifération cellulaire ; cette infiltration périvasculaire amènera la destruction des glandes.

a) *Forme miliaire* : On suit l'évolution du follicule tuberculeux typique : présence de plasmocytes, d'histiocytes entourés de lymphocytes avec ou sans cellules géantes centrales, puis caséification du centre de ce follicule.

b) *Forme ulcéro-caséuse* : D'après Forgue et Massabuau, les lésions sont étagées en trois zones ; on trouve de la surface à la profondeur :

1°. — Une zone caséuse superficielle : l'épithélium de revêtement a disparu, remplacé par une couche plus ou moins épaisse de caséum.

2°. — Une zone sous-jacente : c'est l'ancien chorion avec des lésions glandulaires en foyer. Le tissu conjonctif du chorion est "considérablement épaissi, parsemé de nombreux follicules tuberculeux en évolution, les plus caractéristiques étant en profondeur, près de la musculuse séparée par des bandes conjonctives avec quelques polynucléaires.

3°. — La sous-muqueuse n'est le siège que de réactions inflammatoires banales.

c) *Forme hypertrophique* : Elle est caractérisée par une infiltration de mononucléaires. Par endroits, quelques

tubercules peuvent confluer en nodules dont le centre est le plus souvent nécrosé.

II. — TUBERCULOSE DU MYOMETRE. On trouve de petits nodules miliaires sans lésions de la muqueuse, entourant un foyer caséeux situé en pleine musculature (cas d'Alessandri). Les fibres musculaires dissociées par un processus inflammatoire sont atteintes de dégénérescence ainsi que les glandes, comme le démontre les nombreuses cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes (Cas de Jeanneney).

III. — TUBERCULOSE INTERSTITIELLE. D'après Daniel, elle a l'apparence d'une sclérose hypertrophique avec quelques rares follicules tuberculeux nets mais jamais de nodules même rudimentaires.

Dans notre observation, nous nous trouvons en présence d'une tuberculose du myomètre. Celle-ci montre un véritable infarcissement des faisceaux musculaires par les follicules tuberculeux où dominent les foyers de caséification.

Pathogénie

Pour se fixer sur la muqueuse utérine, le bacille de Koch peut suivre deux voies :

- 1) *la voie ascendante*, par contiguité muqueuse,
- 2) *la voie descendante*, soit par voie muqueuse ou séreuse.

soit par voie hémotogène.

La discussion sur ce sujet a soulevé de nombreuses polémiques et encore aujourd'hui l'accord n'est pas réalisé, chaque théorie ayant conservé ses défenseurs. Il est en réalité très difficile de préciser la voie suivie par l'infection.

A. - Voie ascendante

Le bacille de Koch suit la voie canaliculaire des infections communes du canal génital, par continuité de la muqueuse de bas en haut. Cette voie est admise par Martin, Hegard, Veit, Forgue, Conheim, Verneuil, Derville. D'après Williams, cette infection ascendante serait exceptionnelle étant donné "la grande vitalité et la desquamation épithéliale partielle de la muqueuse utérine à chaque époque menstruelle, tendant à s'opposer à la pénétration du bacille

de Koch qui aurait pu y remonter". Cependant des expériences ont montré qu'à la faveur de traumatismes, lésions irritatives, inflammations, puerpéralité, le bacille de Koch, venu de l'extérieur, pouvait se localiser et se fixer sur l'endomètre.

Derville admet que la contamination se fait par les rapports sexuels grâce auxquels le sperme tuberculeux transmet la tuberculose génitale ; mais les expérimentations de Popoff, Mademoiselle Gorowitz, Baumgarten ont permis de considérer comme exceptionnel ce mode d'apport.

D'après Forgue, la coexistence de lésions utérines et tubaires d'âge différent serait un argument en faveur de l'infection ascendante. Dans une de ses observations, les coupes histologiques montrent des lésions de l'endomètre plus vieilles que celles de la muqueuse tubaire, donc "chronologiquement antécédentes".

B. - Voie descendante

1°. — VOIE HEMATOGENE. Cette voie est considérée comme étant la plus fréquente par la majorité des auteurs : ils admettent qu'elle fait suite à d'autres manifestations de l'organisme. La marche de l'atteinte utérine, selon Radford Brown, serait la suivante : lésion pulmonaire quelconque souvent non évolutive, passage sanguin, endométrite puis atteinte du myomètre ; enfin obstruction de l'orifice cervical : pyométrie, la muqueuse cervicale par ses glandes et son épithélium stratifié étant moins souvent lésée.

Mais il existe une tuberculose hémato-gène descendante "primitive", en l'absence de tout autre foyer appréciable de l'organisme (Daniel). C'est aussi l'opinion de notre Maître Monsieur le Professeur LAPEYRE. C'est très vraisemblable-

ment la voie suivie par l'infection dans notre observation. En effet, il a été parfois possible de mettre en évidence la présence de bacilles de Koch dans le sang sans aucune autre manifestation clinique ou histologique. Comme le dit Roquefeuil dans sa thèse : "Puisque tout individu est plus ou moins contaminé, en état d'allergie, pourquoi ne voudrait-on pas reconnaître la possibilité d'une localisation utérine alors que l'on admet la localisation pulmonaire, après une déficience de l'organisme ?".

Nous avons vu, en étudiant les causes favorisantes de l'atteinte tuberculeuse du corps utérin, le rôle joué par les infections génitales, les troubles menstruels, les traumatismes, etc... Le Professeur LAPEYRE et ROQUEFEUIL ont montré que les malformations utérines congénitales, de par les troubles qu'elles entraînent, sont aussi une cause de fixation élective du bacille de Koch sur la muqueuse utérine.

La voie suivie par le bacille de Koch est habituellement la voie artérielle ; ceci a été mis en évidence par les travaux de Dervaux. Cornil a d'ailleurs trouvé, dans des lésions peu avancées, des cellules géantes à l'intérieur et autour des vaisseaux artériels. La voie lymphatique est indirecte. Quant à la voie veineuse, elle est exceptionnelle; Dervaux en cite un cas dont le point de départ était une tuberculose rénale.

2°. — VOIE MUQUEUSE OU SEREUSE. Ici l'infection tuberculeuse localisée en un point de l'appareil génital peut s'étendre secondairement aux segments voisins par propagation directe "per continuitatem" et "per contiguitatem".

Généralement le processus part des trompes et s'étend au corps utérin, aux ovaires, au péritoine. Parfois le foyer

primaire tuberculeux siège dans le péritoine, et, de là, se propage aux trompes (Martin). D'après les expériences de Pinner, la trompe ouverte directement dans le péritoine peut servir de lieu de sortie pour tout ce qui se trouve dans cette séreuse et c'est la sérosité ascitique intrapéritonéale qui transporte le bacille.

Dans notre observation, les lésions des trompes sont beaucoup moins avancées que les lésions du myomètre ; nous aurions donc une atteinte myométrique, hémotogène, primitive et une atteinte tubaire secondaire. Quant à la pelvi-péritonite qui a nécessité le drainage, était-elle banale ou tuberculeuse ? Rien ne nous a permis d'affirmer sa nature ; en effet si on n'a constaté la présence d'aucune granulation tuberculeuse sur le péritoine, il n'en reste pas moins vrai que cette péritonite existait avec des lésions tuberculeuses évidentes des trompes et de l'utérus. Il est difficile de dire si cette péritonite a été secondaire à l'infection tubaire ou si elle s'est développée en même temps qu'elle.

C. - Foyer initial

Chacune des portions de l'appareil génital peut être le point de départ de l'infection bacillaire. Généralement, la tuberculose tubaire est la plus fréquente localisation initiale, mais l'infection primitive utérine, avec tuberculisation ascendante, existe aussi et se traduit par des lésions anciennes ayant abouti à la caséification. Forgeue donne, comme signes en faveur de l'infection ascendante, la bilatéralité habituelle de la salpingite tuberculeuse et le début de la prédominance des lésions au niveau de la muqueuse utérine.

Plus rarement le point de départ peut être : une tuber-

culose médicale (pulmonaire, par exemple), un foyer chirurgical éloigné (ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques, os, reins), une péritonite tuberculeuse.

Dans notre observation, il existe à la fois des lésions utérines et des lésions tubaires. Il est bien difficile de savoir si la lésion tubaire est secondaire à la lésion utérine ou inversement. Vu l'importance des lésions, il semble toutefois que c'est de l'utérus vers la trompe que s'est faite la propagation infectieuse. L'infection a pu suivre la voie ascendante puisque la bilatéralité des lésions plaide en faveur de cette propagation, d'après Forgue. Mais ici, si les lésions tuberculeuses sont histologiquement évidentes à gauche où elles se traduisent par des follicules de Kôster au niveau des régions de l'ampoule et du pavillon de la trompe, il n'en est pas de même à droite où l'on n'a constaté que des infiltrations lymphocytaires sans follicules tuberculeux. Le problème est délicat à résoudre, et, contrairement aux auteurs qui prétendent que la tuberculose utérine est secondaire aux lésions annexielles, nous nous rangerons à la conclusion de Daniel: "Nous pensons, au contraire, que la tuberculose utérine se propage plus souvent en effectuant une marche inverse, de l'utérus à la trompe."

Etiologie

Causes favorisantes

1°. — *Âge* : la tuberculose utérine est rare dans l'enfance et après la ménopause. L'atteinte se manifeste surtout au cours de la période d'activité génitale de la femme.

2°. — *Influence des infections génitales*, banales ou gonococciques : la muqueuse utérine enflammée offre une moindre résistance au bacille de Koch ainsi que les salpingites banales (Daniel).

3°. — *Les interventions gynécologiques et les traumatismes* : déchirures, ulcérations du col.

4°. — *Le mariage* : "les rapports sexuels réveillent, en les congestionnant, des lésions tuberculeuses latentes anciennes, déclenchant la poussée évolutive". (Moulonguet).

5°. — *Les troubles menstruels*.

6°. — *La grossesse* crée une congestion utérine par son abondante vacularisation; de plus, la plaie placentaire peut être inoculée par une lésion tuberculeuse voisine, même refroidie.

Fréquence

La tuberculose du corps utérin est plus fréquente qu'on ne le croit d'ordinaire mais passe souvent inaperçue. Le diagnostic se base surtout sur l'examen microscopique des pièces enlevées à l'opération. D'après la statistique de Schlimpertsur citée par Radford Brown, on a ; sur 200 cas de tuberculose génitale :

99	fois atteinte des trompes, soit 49,5 %
69	— du corps utérin, soit 34,5 %
32	— des ovaires, 16 %
0,5	— du vagin, soit 0,2 %

Cette proportion paraît un peu excessive en ce qui concerne la tuberculose du corps.

D'après Ahumada (*Semana médica* - Juin 1927), la tuberculose du corps utérin représenterait 1 à 1,50 pour cent des lésions gynécologiques.

Rochat écrit : "Moins rare que la tuberculose du col, la localisation au corps utérin, cependant pas très fréquente, est rencontrée dans une proportion de 5 à 10 % des cas.

Classification

Moulonguet nous propose la classification suivante :

A) LA TUBERCULOSE DU CORPS UTERIN ASSOCIEE :

- 1) à d'autres lésions tuberculeuses génitales : tuberculose utéro-annexielle ;
- 2) à d'autres manifestations tuberculeuses évolutives de l'organisme ; médicales ou chirurgicales ;

3) à d'autres lésions non bacillaires de l'organe : cancer, fibrome.

B) LA TUBERCULOSE DU CORPS UTERIN ISOLEE :

1) *secondaire* : c'est le cas le plus fréquent. On se trouve en présence d'un sujet tuberculisé mais sans lésions évolutives dans un autre organe ;

2) *primitive* : les voies génitales constituent la porte d'entrée.

Symptomatologie - Formes Cliniques

I. - Symptomatologie

"Les symptômes de la tuberculose du corps utérin n'ont rien de particulier qui les distingue de ceux des inflammations banales de l'utérus. Souvent les lésions débutent dans la muqueuse et la maladie passe inaperçue à ses débuts, ne se révélant que plus tard, lorsque les lésions sont déjà avancées" (Daniel).

Jeanneney compare ses signes à ceux des métrites hémorragiques.

Il est un fait, c'est que le diagnostic de tuberculose utérine est rarement porté en clinique. On la découvre souvent lors d'une intervention basée sur un diagnostic de fibrome ou de cancer du corps.

1) DEBUT DE LA MALADIE. Il passe presque toujours inaperçu : tantôt la malade ne présente aucun symptôme et conserve un état général florissant, tantôt l'alarme est donnée par un léger amaigrissement, une asthénie modérée, un peu de fièvre vespérale. On pense alors avant

tout à une métrite gonococcique ou puerpérale et, seul l'échec du traitement médical mis en œuvre éveille l'attention.

2) SIGNES FONCTIONNELS. Ce sont les troubles de l'endométrite banale.

On peut observer :

a) *soit de l'aménorrhée* : ce serait le signe le plus constant et le plus important. On peut avoir une aménorrhée totale ou une oligoménorrhée primitive ; elle peut être constante ou passagère.

b) *soit des ménorragies* ; les règles sont abondantes au début et leur importance va en augmentant.

c) *soit des métrorragies* intermenstruelles, rebelles à tout traitement. Ne sont-elles pas l'analogue des hémoptysies de la tuberculose pulmonaire, au début congestives et ensuite destructrices, comme le fait si justement remarquer Le Roy dans sa thèse ?

d) *soit de la leucorrhée* : elle peut être banale, muqueuse ou séro-sanguinolente, purulente, rappelant l'écoulement gonococcique. Dans les formes avancées, elle se traduit par une sécrétion opaque, grumeleuse, comme un magma épais contenant des grains caséeux et des bacilles de Koch (Cornil).

e) *soit de la douleur* : elle manque généralement ou est peu intense et coïncide avec la période menstruelle qu'elle peut prolonger.

3) *EXAMEN PHYSIQUE*. Peu de signes permettent d'aiguiller le diagnostic vers la tuberculose. L'inspection ne donne rien.

La palpation peut montrer un certain degré de sensibilité au-dessus de la symphyse et la perception d'un utérus légèrement augmenté de volume.

Le toucher vaginal nous donnera quelques renseignements : parfois on perçoit un utérus épaissi, infiltré dans la tuberculose du myomètre ; si l'utérus est mobile au début de l'affection, le processus extensif lui fera par la suite contracter des adhérences avec les annexes.

4) *ETAT GENERAL*. Il reste bon pendant longtemps. On peut tout au plus noter de l'amaigrissement, une altération des fonctions digestives, une légère température vespérale. La santé s'altère au cours des localisations secondaires sur les trompes, les ovaires, le péritoine.

II. - Formes Cliniques

Les formes cliniques sont très nombreuses et varient suivant les auteurs et leurs classifications. En dehors des formes aiguës et des formes chroniques, on peut retenir trois variétés principales suivant la prépondérance de tel ou tel symptôme.

On distingue donc :

- 1) des formes à allure de métrite,
- 2) des formes à allure de cancer du corps,
- 3) des formes à allure de fibrome.

1°. — FORMES A ALLURE DE METRITE. Ce sont les formes les plus courantes, celles que décrivent la plupart des auteurs avec les signes classiques de la métrite banale : douleurs, pertes blanches, et dysménorrhée. Dans ces cas, le diagnostic n'est pratiquement jamais fait et ces formes sont considérées et traitées longtemps comme de simples métrites. Seul le curetage suivi de biopsie pourrait faire préciser la nature tuberculeuse des lésions.

2°. — FORMES A ALLURE DE CANCER DU CORPS. L'âge de la malade joue ici un rôle important car, en général, ces formes ne surviennent que chez les femmes âgées ou après la ménopause. Les signes cliniques : hémorragies, douleurs, pertes fétides font penser au cancer et ce n'est qu'à l'intervention qu'il est possible de modifier le diagnostic et quelquefois même à l'examen anatomo-pathologique seulement.

3°. — FORMES A ALLURE DE FIBROME. Elles sont caractérisées par des hémorragies et la constatation d'une tumeur.

Dans notre cas, nous avons, d'une part un utérus augmenté de volume qui pouvait faire penser à une tumeur, d'autre part, des métrorragies assez abondantes. Ce sont là les deux signes qui plaident le plus en faveur d'un fibrome. En plus de cela, l'erreur a été d'autant plus facile qu'il n'a pas été possible d'introduire l'hystéromètre. On a pensé que celui-ci était arrêté par une déviation de l'utérus fibromateux. Quant aux autres signes cliniques, ils étaient très discrets et l'on ne pouvait, en définitive, se baser que sur l'existence de règles abondantes, de douleurs peu intenses et d'une augmentation de volume de l'utérus.

En résumé, il ressort de tout ceci que le diagnostic de tuberculose utérine ne peut être que très rarement fait en clinique de par la constatation de certains signes bien déterminés.

Diagnostic

DIAGNOSTIC CLINIQUE. Il est très difficile à poser en se basant sur les seuls signes cliniques. Ceux-ci sont inconstants, banaux et surtout peu marqués au début de l'affection. Il faut penser à la tuberculose dans les métrites rebelles à tout traitement médical prolongé, à marche anormale, à symptomatologie capricieuse.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE. Se trouve-t-on en présence d'une tuberculose isolée primitive ou secondaire ? La question est délicate à trancher et nous avons vu précédemment combien il est difficile d'être affirmatif à ce sujet, car le foyer de tuberculisation initial est le plus souvent peu décelable.

DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE. Devant les difficultés éprouvées en clinique pour baser son diagnostic, on est tenté de s'adresser au laboratoire. Celui-ci met à notre disposition :

1) *les réactions sérologiques de Vernes, de Besredka :* elles sont inconstantes.

2) *l'examen direct des mucosités et des pertes leucor-*

rhéiques: il est très difficile et délicat ainsi que les cultures sur milieux spéciaux.

3) *le curettage dans le but d'un prélèvement en vue d'une biopsie* reste le moyen le plus fidèle mais il est tellement dangereux et aveugle dans les utérus à lésions avancées qu'il doit être abandonné car il provoque souvent une dissémination des germes et même une généralisation miliaire. J. P. Tourneux cite cependant un cas où le curettage lui a permis de faire un diagnostic exact.

4) *la radiographie* systématique de tout utérus lorsque le diagnostic est hésitant devrait être tentée après injection préalable de lipiodol toutes les fois que l'état de la malade le permet. Dans un cas publié par le Professeur LAPEYRE, une hystérogaphie a permis d'écarter le diagnostic de fibrome que les signes cliniques avaient imposé. Le cliché a révélé "une image lacunaire, déchiquetée, irrégulière, occupant chaque corne utérine, beaucoup plus développée à gauche où elle prenait l'aspect aréolaire et paraissant répondre à une ulcération anfractueuse de la muqueuse". Peytavin est aussi d'avis qu'il faut donner une place à l'hystérogaphie : elle peut nous montrer "soit l'aspect arrondi d'un polype muqueux, soit l'encoche demi-circulaire d'un fibrome sous-muqueux, soit l'aspect irrégulier et lacunaire dû aux végétations du cancer du corps".

Dans notre cas, il n'a pas été possible de faire une radiographie par suite de l'évolution aiguë de l'affection. Peut-être nous aurait-elle fourni des renseignements susceptibles de corriger le diagnostic de fibrome qui avait été posé.

En définitive, en dehors parfois de l'hystérogaphie, le laboratoire ne peut nous être que d'un secours minime et

c'est le plus souvent à l'intervention seulement qu'il est possible de déceler la tuberculose utérine.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL. Nous devons particulièrement penser aux :

1) MÉTRITES : parfois les sécrétions utérines permettront de poser le diagnostic, soit :

a) de *métrite blennorragique* si l'on trouve des gonocoques dans les écoulements ;

b) de *métrite puerpérale* si, après un accouchement ou un avortement septique, les lochies deviennent purulentes, parfois sanguinolentes en même temps qu'elles augmentent d'abondance et prennent une odeur fétide ;

c) de *métrite hémorragique sénile* si l'on se trouve en présence d'un écoulement jaunâtre, fétide, souvent mélangé de sang, survenant après la ménopause.

2) CANCER DU CORPS UTÉRIN : l'âge de la malade constitue ici un facteur important, car le cancer survient aux environs de la ménopause, plus souvent après qu'avant, soit entre 50 à 70 ans, alors que la tuberculose se manifeste surtout, comme nous l'avons déjà vu, pendant la période d'activité génitale.

3) FIBROMES DU CORPS DE L'UTÉRUS, soit les fibromes interstitiels sphacélés, soit les fibromes sous-muqueux. Nous constaterons alors des ménorragies et la présence d'une tumeur.

4) POLYPE DU CORPS, avec ses métrorragies et son hydrorrhée.

C'est surtout dans ces derniers cas que l'hystérogaphie après injection de lipiodol trouve son indication majeure et nous permettra de faire le diagnostic. ,

Evolution - Complications

Pronostic

I. - Evolution

Dans la tuberculose utérine, il y a toujours tendance à l'extension du processus inflammatoire : on a d'abord une propagation aux trompes, puis aux ovaires et au péritoine. Daniel distingue d'ailleurs trois formes d'extensions anatomiques :

- 1) Tuberculose utérine pure,
- 2) Tuberculose utéro-annexielle,
- 3) Tuberculose génito-péritonéale.

Les lésions vont évoluer vers la fonte caséuse.

Quelques cas de guérisons spontanées ont été signalés par Radford Brown, Le Bec, Kauffmann, mais ils constituent l'exception et généralement la terminaison est fatale si la tuberculose utérine est livrée à elle-même ou si le diagnostic est trop tardif. L'évolution peut être rapide dans certaines formes aiguës et ne permet même pas de poser un diagnostic ; d'autres fois celui-ci est impossible à établir car l'évolution est silencieuse, sans symptômes précis.

Il faut citer enfin la possibilité d'une généralisation occasionnant la mort par granulie ou méningite tuberculeuse par exemple.

II. - Complications

Elles sont nombreuses et relèvent soit du processus tuberculeux lui-même, soit de certaines associations morbides. On peut distinguer d'après Daniel :

A) DES COMPLICATIONS DUES AUX LESIONS UTERINES PROPREMENT DITES.

Ce sont :

- 1) l'*atrésie de la cavité utérine* : séquelle d'une tuberculose ayant évolué dans le jeune âge et l'adolescence.
- 2) l'*hypoplasie utérine* avec dysménorrhée,
- 3) la *myométrie* consécutive à une dégénérescence caséuse de l'organe dans les formes avancées ;
- 4) la *rupture utérine* si les lésions sont intenses.

B) DES COMPLICATIONS D'ORDRE GENERAL. Parmi celles-ci :

1) *des complications génitales* : affections génitales associées et tuberculisation secondaire des tumeurs génitales (surtout association tuberculose-fibrome et tuberculose-cancer, mais aussi tuberculisation secondaire de kystes ovariens).

2) *des complications intestinales* : appendicite tuberculeuse, tuberculose coeco-appendiculaire, fistulisation dans

l'intestin de suppurations génitales tuberculeuses, occlusion intestinale par processus fibreux du péritoine, brides ou compressions.

3) *des complications urinaires* : propagation de la tuberculose à la vessie.

III. - Pronostic

La gravité de l'affection compromet singulièrement le pronostic vital. Celui-ci est fonction de la forme clinique en cause et des complications qui peuvent survenir. Il dépend aussi beaucoup de la précocité de l'intervention et de l'extension des lésions.

Du point de vue fonctionnel, il faut se demander si la tuberculose utérine est une cause de stérilité, sinon quelle est son influence sur la grossesse? Moulonguet prétend que "la grossesse est peu fréquente chez les personnes atteintes de tuberculose génitale". Les cas de stérilité seraient dûs à une hypoplasie utérine dans le jeune âge, ou à une atrésie et une myométrie dans la période d'activité génitale. Il y aurait stérilité dans 66 % des cas pour les uns, dans 80 % des cas pour Hartmann. Cependant les possibilités de grossesse existent, mais alors il survient le plus souvent un avortement ou un accouchement prématuré. Signalons toutefois que si l'accouchement a lieu à terme, l'enfant peut vivre non contaminé.

Si l'on considère l'influence de la grossesse sur la tuberculose, on constate que la tuberculose préexiste le plus souvent, mais la gestation peut réveiller d'anciennes lésions soit éteintes, soit évoluant à bas bruit et ceci par suite de la con-

gestion utérine et du travail cellulaire se produisant lors de l'évolution de l'œuf.

Quoi qu'il en soit, le pronostic dans les tuberculoses utérines s'est notablement amélioré depuis que cette affection est traitée chirurgicalement et surtout suivant une meilleure technique opératoire.

Traitement

Il y a encore quelques années, deux méthodes étaient en présence dans la thérapeutique de la tuberculose utérine : le traitement médical et le traitement chirurgical. Mais devant le nombre fort restreint des guérisons spontanées et les résultats peu encourageants du traitement médical exclusif, la deuxième méthode s'est associée à la première. Et aujourd'hui on admet que seule l'intervention peut assurer la guérison : l'hystérectomie s'impose.

Cependant il ne faut pas négliger les thérapeutiques médicamenteuses et physiothérapiques qui sont souvent des compléments indispensables au traitement chirurgical.

A. - Traitement médical

1) LE TRAITEMENT HYGIENO-DIETETIQUE servira de base afin de reconstituer l'organisme : repos, bonne alimentation, cures climatiques et thermales.

2) LES MEDICAMENTS : sels d'or (?), fer, arsenic, calcium "per os" ou sous-cutanés rendent de grands ser-

vices ; les auteurs italiens, Durante, Silvestri, Pestalozza, Truzzi utilisent surtout des préparations iodées.

3) LA MEDICATION BIOLOGIQUE, avec l'emploi de la tuberculine, les sérums actuels, l'antigène méthylé de Nègre et Bocquet donnent des résultats inconstants. E. Goldlewski aurait obtenu de très bons résultats par le repos, le sérum de Jousset et les sels d'or.

4) LA PHYSIOTHERAPIE permet d'obtenir quelques améliorations.

a) *L'héliothérapie naturelle* sous forme de cure solaire donne d'assez bons résultats mais nécessite des conditions thermiques, hygrométriques et d'altitude qui rendent son utilisation parfois difficile. La cure hélio-marine est assez efficace dans certains cas.

b) *L'héliothérapie artificielle* est d'une réalisation plus facile car elle peut se pratiquer en tous temps et en tous lieux grâce à la lampe à arc et à la lampe à vapeur de mercure. Louis Aubert prétend que la guérison est définitive si l'on fait de l'héliothérapie après l'intervention.

L'association de toute lésion pulmonaire à la lésion utérine constitue une contre-indication formelle à ces deux cures.

5) LES ULTRA-VIOLETS serviront parfois de complément au traitement chirurgical.

6) LES INJECTIONS VAGINALES antiseptiques seront utilement employées. On utilise surtout le permanganate de potasse, l'iode, l'eau oxygénée, la liqueur de Labarraque.

7) LE CURETTAGE qui peut, dans certains cas, être un moyen de diagnostic, doit être absolument proscrit comme moyen de traitement.

B. - Radiothérapie

Les rayons X sont strictement réservés aux cas où d'autres lésions tuberculeuses excluent la possibilité d'une exérèse chirurgicale. Mais le plus souvent l'intervention seule permet de redresser un diagnostic erroné de cancer du corps ou de fibrome, particulièrement lorsque les signes cliniques de la tuberculose utérine sont très discrets et alors la radiothérapie perd de son importance.

La roentgenthérapie agira efficacement comme adjuvant de l'intervention lorsque des granulations tuberculeuses auront commencé à apparaître sur le péritoine.

La curiethérapie est à rejeter.

Cependant, suivant l'avis de Courriades et Jaulain "toutes ces méthodes physiques apportent à la chirurgie une aide précieuse, mais employées isolément, elles sont onéreuses et, d'autre part, la maladie traîne en longueur avec des phases de rémission et d'exacerbation allant jusqu'à créer chez ces malades de véritables psychoses", aussi faut-il sans trop tarder, s'adresser au traitement chirurgical.

C. - Traitement chirurgical

Il est le traitement de choix si l'on veut obtenir une guérison définitive. On pratique une hystérectomie totale ou subtotale faite par voie abdominale ou vaginale.

1) HYSTERECTOMIE PAR VOIE VAGINALE.

C'est un moyen d'investigation incomplet car il est difficile cliniquement de délimiter l'étendue des lésions tuberculeuses et on peut se trouver en présence d'adhérences péritonéales, de brides annexielles. Aussi il faut éliminer cette voie.

2) HYSTERECTOMIE PAR VOIE ABDOMINALE. Elle reste l'opération de choix : "elle permet d'établir un diagnostic localisateur précis et de faire, suivant l'étendue des lésions, une opération partielle ou complète". (J. L. Faure).

On peut pratiquer :

a) une *hystérectomie totale*, si l'on est certain que les lésions dépassent le corps ; mais ceci est souvent difficile à préciser, aussi certains auteurs préfèrent pratiquer l'hystérectomie totale si la malade est en état de le supporter.

b) une *hystérectomie subtotale*, si les lésions corporéales s'arrêtent à l'orifice interne du col ou sont strictement localisées au fond utérin. Cette intervention partielle évite l'ouverture du vagin dans l'abdomen ; elle est moins choquante, d'une durée moins longue, et permet une hémostase plus simple.

Dans notre observation, il a été réalisé une hystérectomie subtotale car les lésions tuberculeuses étaient strictement limitées au corps de l'utérus. Après cette intervention, notre Maître, le Professeur Lapeyre, a jugé bon de placer un gros drain dans le fond du Douglas afin d'évacuer toutes les sérosités purulentes découvertes à l'intervention. Ce procédé paraît contraire, en apparence, aux notions jusque là admises, suivant lesquelles tout drainage en présence de lésions tuberculeuses amène une fistulisation. Le résultat, dans le cas que nous publions, a cependant été remarquable, et le

Professeur Lapeyre, qui a utilisé, plusieurs fois déjà, ce drainage de nécessité, a toujours obtenu de bonnes suites opératoires, sans fistulisation. Il est bon toutefois de signaler que, dans notre cas, rien ne nous a permis d'affirmer la nature tuberculeuse de la pelvi-péritonite en cause. Mais il n'en existait pas moins des lésions bacillaires de l'utérus et des annexes. Il semble que cette règle de la fermeture sans drainage en présence de toutes lésions utérines tuberculeuses comporte des exceptions, notamment : les cas où l'extension des lésions, l'exécution de sutures intestinales, l'infection surajoutée, l'hémorragie en nappe, l'impossibilité de la péritonisation, rendraient la terminaison de l'intervention impossible sans drainage. (Bonald, *Thèse de Montpellier*).

D. - Résultats

En général les interventions dans la tuberculose utérine donnent d'excellents résultats ; mais la convalescence est assez longue. Il ne faut pas oublier que la malade, même opérée, est une tuberculeuse, et par conséquent, elle doit être traitée comme telle durant toute sa vie. Aussi est-il bon d'instituer un traitement médical post-opératoire précoce visant à augmenter les défenses du sujet avec du fer, des phosphates, de l'arsenic, des cures d'air prolongées, du repos, une nourriture saine, une hygiène parfaite et un exercice modéré.

En conclusion, nous dirons que le traitement de choix de la tuberculose du corps utérin est l'hystérectomie totale ou subtotale par voie abdominale, que l'on devra, suivant les cas, associer aux méthodes physiothérapiques. On obtiendra alors la guérison dans 90 % des cas, le plus souvent sans incident.

Conclusion

1) La tuberculose de l'utérus, tout en étant une forme peu courante de la tuberculose génitale, existe cependant plus fréquemment qu'on ne le pense, soit isolée, primitive, soit secondaire, associée à d'autres manifestations génitales, médicales ou chirurgicales.

2) La localisation du bacille de Koch sur l'endomètre ou le myomètre résulte d'un apport, soit par voie ascendante, muqueuse, soit par voie descendante, hématogène.

3) La symptomatologie de la tuberculose utérine est très frustrante et simule souvent celle des métrites, du cancer du corps ou des fibromes, d'où ses trois formes cliniques suivant la prédominance des signes de métrite, de cancer du corps ou de fibrome.

4) Le diagnostic clinique est très difficile à faire. Mais il semble que l'hystérogénographie peut, dans certains cas, apporter un complément intéressant lorsqu'il existe des lésions se traduisant par des images lacunaires.

5) Le pronostic vital s'est considérablement amélioré depuis les progrès réalisés dans la technique opératoire de la chirurgie gynécologique.

6) Le traitement de cette affection tuberculeuse ne saurait être que chirurgical. On pratiquera une hystérectomie totale ou subtotale suivant la localisation ou l'étendue des lésions. Mais le traitement médical et physiothérapique devra être appliqué dans tous les cas, car il constitue la thérapeutique de base de l'infection tuberculeuse.

Bibliographie

AHUMADA - Tuberculose ulcéro-végétante de l'endomètre (*Semana medica*, Buenos-Ayres, 1927 Juin).

ALESSANDRI - Tuberculosis del Corpo del utero limitado al miometrio (*Il Policlinico*, vol. XII, 1910, Octobre, Roma)

AUBERT LOUIS - Deux observations de tuberculose annexielle (*Comptes-rendus de la Société Française de Gynécologie*, Oct. 1933, n° 6).

BAUMGARTEN - Expériences sur l'extension de la tuberculose génitale de la femme au corps de l'utérus (*Berl. Klin Woch.*, 1904)

BEGOUIN et PAPIN - Traité de Path. Int. tome V.

BONALD P. - Le Mickulicz dans les annexites (*Thèse Montpellier* n° 9, 1938).

BROCQ, MOULONGUET, GIBERT, ROCHAT - La tuberculose utéro-annexielle chez la femme (*VIII^e Congrès de l'Association des Gynéc. et Obst. de langue française*, in "*La Presse Médicale*" n° 84, 21 Octobre 1933).

BROCQ PIERRE - Traitement chirurgical de la tuberculose utéro-annexielle (*VIII^e Congrès de l'Associat. des Gynéc. et Obst. de langue française*, in "*La Gynécologie*" Fév 1934)

- BROUARDEL - De la tuberculisation des organes génitaux de la femme (*Thèse Paris*, 1865)
- BROWN - Tuberculosis of corpus utéri without involvement of endometrium (*Obst. et Gynécol. ang.* 1931).
- CAFFIER - Sur la tuberculose génitale de la femme (*Deut. med. Woch.* n° 4, 24 Janv. 1936).
- CAFFIER - Nouvelles observations et nouveaux points de vue sur la tuberculose génitale (*Zentr. f. Gynäk.* 30 Nov. 1935, n° 38).
- CHEVILLON - *Thèse de Paris* 1923.
- CORNIL - Anatomie pathologique des métrites et salpingites (*Bulletin de la société Anat. de Paris*, Paris 1889).
- COURRIADES et JAULAIN - La tuberculose du col de l'utérus (*Soc. Obst. et Gynéc.* Bordeaux, 1928).
- COTTE G. et MATHIEU J. - Considérations cliniques sur les endométrioses de l'appareil génital (*Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, Déc. 1938).
- CROLL H. P. - A propos de la tuberculose utérine primitive (*Thèse Paris*, 1926).
- DANIEL C. - Tuberculose du col de l'utérus (*Gynéc. et Obst.* Paris 1925).
- DANIEL C. - La tuberculose localisée au corps de l'utérus sans tuberculose des annexes (*Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, Paris 1925).
- DANIEL C. - La tuberculose génitale de la femme (*La Pratique Médicale Illustrée*, 1932)
- DERVAUX - Tuberculose génitale (*Thèse Lille*, 1902).
- DERVILLE - De l'infection tuberculeuse par voie génitale chez la femme (*Thèse Paris N° 6*, 1887)

- DOUAY E. et M^{me} P. IEPUREANO - Diagnostic de la salpingite tuberculeuse, réaction de Besredka (in "*Gynécologie et Obstétrique*" Paris, T. XXI n° 5, Mai 1930).
- FAURE - Rapport au Congrès de Gynéc. (Rome 1902, in "*Revue de Gyn. et Chir. abd.*" 1902. N° 6).
- FORGUE et MASSABUAU - Tuberculose utéro-annexielle (in "Nouveau Traité de Chirurgie" t. XLIII, 1927).
- GERICH O. - Isolierte Uterustuberkulose (*Monatsch. f. Gtsh. u. Gyn.*, Berlin, 1925, LXX).
- GODLEWSKI E. - Sur une forme de tuberculose inflammatoire de la trompe (*Comptes-rendus de la Société Française de Gynécologie*, Oct. 1933, n° 6).
- GOROWITZ - Tuberculose génitale de la femme (*Thèse* n° 629 Paris 1900).
- HARTMANN-KEPPEL - *Gyn. Obstétrique*, 1923, VIII.
- JACQUELIN - Les tuberculoses atypiques (1939).
- JEANNENEY - Tuberculose du corps de l'utérus limitée (*Obst. et Gyn.* de Bordeaux, Mars 1928).
- LAPEYRE - *Rapport au Congrès de la Tuberculose*, Rome, 1912.
- LAPEYRE et ESTOR - Tuberculose annexielle à marche aiguë (*Bull. Soc. Obst.* 1935, t. XXIV, n° 8).
- LAPEYRE N. C. et GUIBERT H. L. - Tuberculose du corps de l'utérus à forme hémorragique (*Revue Gynécologique et Obstétrique*, Sept. 1936).
- LAPEYRE N. C., ESTOR H. et PATOUNAS J. - Tuberculose du corps de l'utérus (*Comptes-rendus de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 1942).
- LEFEBVRE A. et TISON P. - Tuberculose du corps de l'uté-

rus (*Réunion Médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille*, séance du 18 Janvier 1931).

LE ROY - Tuberculose du corps de l'utérus (*Thèse Bordeaux*, 1934).

MARTIN - Rapport au Congrès de Rome en 1902 (in "*Revue de Gyn. et Chir. Abd.*" 1902).

MICHEL-KINDBERG LÉON - Traitement de la tuberculose (in "*Pratique Médico-chirurgicale*, t. VIII, 1931).

MOULONGUET P. - Etude clinique de la tuberculose utéro-annexielle (in "*Gyn. et Obst.*" 1933).

MOULONGUET et S. DOBKEVITCH - Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène (*Appareil Génital de la femme*, t. II, 1931).

PESTALOZZA - Tuberculose génitale de la femme (*Soc. Ital. d'Obst. et Gyn.*, Rome, XXI, 1924).

PEYTAVIN Ch. - Tuberculose Génitale à forme métrorragique (*Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie*, Janv. 1939).

POLOSSON - Tuberculose utérine (*Lyon Chirurgical*) Avril 1913).

POPOW - De la tuberculose génitale de la femme (*Thèse St.-Pétersbourg*, 1898).

ROCHAT R. I. - Traitement de la tuberculose utéro-annexielle (*Gyn. et Obst.* 1923).

ROQUEFEUIL P. - Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du corps de l'utérus (*Thèse Montpellier*, 1936).

TOURNEUX J. P. - Un cas de tuberculose du corps utérin (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 1921).

VERNEUIL - (*Thèse Paris*, 1880).

VILLARD - Traitement de la tuberculose annexielle suivant ses formes anatomo-pathologiques (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 15 Déc. 1927, in "*Lyon Chirurgical*" n° 2, Mars-Avril, 1928).

AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
HISTORIQUE	17
OBSERVATIONS - Examen	19
Intervention	20
Etude de la pièce opératoire.	22
PATHOGENIE - A) Voie ascendante	29
B) Voie descendante	30
C) Foyer initial	32
ETIOLOGIE	35
SYMPTOMATOLOGIE	39
FORMES CLINIQUES	41
DIAGNOSTIC - Diagnostic clinique	45
Diagnostic étiologique	45
Diagnostic de laboratoire	45
Diagnostic différentiel	47

EVOLUTION	49
COMPLICATIONS	50
PRONOSTIC	51
TRAITEMENT - A) Traitement médical	53
B) Radiothérapie	55
C) Traitement chirurgical	55
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe : ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Vu :
Montpellier, le 16 Juin 1942.

Le Doyen :

GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 Juin 1942,

Le Recteur :

SARRAILH.

Montpellier, le 11 Juin 1942,

Le Professeur:

LAPEYRE.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Vu et autorisé par le Contrôle de la Presse le 19 Juin 1942,
N° 4532,

